

Meldunek 8/B/98

o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych zgłoszonych w okresie od 16.08 do 31.08.1998 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 8/B		Dane skumulowane	
	16.08.98. do 31.08.98.	16.08.97. do 31.08.97.	1.01.98. do 31.08.98.	1.01.97. do 31.08.97.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	2	3	66	80
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	1	3
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	2	2
Salmonelozы: ogółem (A02)	2026	1658	18866	15746
Czerwonka bakteryjna /szigelozа/ (A03)	17	30	371	200
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	550	760	9244	13328
Tężec: ogółem (A33-A35)	2	1	16	25
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	74	102	2266	670
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	187	218	12946	14057
Zapalenie opon mózgowych: razem	165	241	1862	1960
w tym: meningokokowe (A39.0)	2	2	95	99
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	4	2	61	60
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	36	32	622	688
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	109	187	954	969
inne i nie określone (G03)	14	18	130	144
Zapalenie mózgu: razem	43	38	300	326
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne (A39.8; G04.2)	2	2	50	58
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	27	23	63	72
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	2	-	22	19
wirusowe, nie określone (A86)	10	10	105	97
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	2	3	60	80
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	1	-
Ostre nagminne porażenie dziecięce (A80)	-	-	-	-
Ospa wietrzna (B01)	1085	1085	119058	122864
Odra (B05)	28	5	2175	248
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	495	860	39032	132964
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	47	64	1362	2994
typu B (B16; B18.0-B18.1)	148	182	2607	3339
typu C (B17.1; B18.2)	62	32	1005	552
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	2	3	80	46
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	14	19	341	559
Świnka /nagminne zapalenie przyusznicy/ (B26)	2968	1276	165726	47363
Włośnica (B75)	-	-	22	17
Świerzb (B86)	391	373	9904	10482
Grypa: ogółem (J10; J11)	2	6	769608	1574595
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	2432	2296	21403	19195
w tym: salmonelozы (A02.0)	2016	1658	18823	15719
gronkowcowe (A05.0)	55	98	309	243
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	8	8	55	58
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	-	-
inne określone (A05.3-A05.8)	23	46	143	136
nie określone (A05.9)	330	486	2073	3039
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	13	36	67	85
w tym: grzybami (T62.0)	13	36	64	81
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	318	365	5729	5740
w tym: pestycydami (T60)	4	11	91	115
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	186	179	3224	3004
Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem	21	29	978	1613
w tym: na oddziałach noworodkowych i dziecięcych	4	16	269	570
następstwa zabiegów medycznych	13	10	285	441
wywołane pałeczkami <i>Salmonella</i>	-	1	194	165
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	4	.	27	.

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-31.08.1998 r. wg województw

Województwo (St.- stołeczne M.- miejskie)	Choroba wyw.przez ludzki wirus upośl. odp.: ogółem (B20-B24)	Dur brzuszny (A01.0)	Dury rzekome A.B.C. (A01.1-3)	Salmonelozы: ogółem (A02)	Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	Tężec: ogółem (A33-A35)	Krzusiec (A37)	Szkarlatyna (A38)	Zapalenie opon mózgowych		Zapalenie mózgu	
										Ogółem (A39.0; A87; B00.3; B02.1; G00; G03)	w tym: meningokoko- we (A39.0)	Ogółem (A39.8;A83-86; B00.4; B02.0; B25.8; G04.0; G04.2; G04.8-9)	w tym: wirusowe, prz. przez kleszcze (A84)
POLSKA	2	-	-	2026	17	550	2	74	187	165	2	43	27
1. St.warszawskie	-	-	-	59	-	62	1	6	9	4	-	1	-
2. Białkopodlaskie	-	-	-	7	-	6	1	-	3	6	-	-	-
3. Białostockie	-	-	-	136	-	12	-	19	-	3	-	11	10
4. Bielskie	-	-	-	21	-	11	-	3	10	11	-	-	-
5. Bydgoskie	-	-	-	33	-	20	-	4	8	2	-	-	-
6. Chełmskie	-	-	-	37	-	2	-	-	1	-	-	-	-
7. Ciechanowskie	-	-	-	16	-	4	-	-	1	7	-	-	-
8. Częstochowskie	-	-	-	15	-	9	-	8	6	-	-	-	-
9. Elbląskie	-	-	-	16	-	5	-	-	4	1	-	-	-
10. Gdańskie	-	-	-	81	-	24	-	-	4	8	1	2	-
11. Gorzowskie	-	-	-	27	-	1	-	-	2	2	-	-	-
12. Jeleniogórskie	-	-	-	21	-	8	-	-	2	-	-	-	-
13. Kaliskie	-	-	-	32	-	20	-	-	1	2	-	2	-
14. Katowickie	1	-	-	81	-	19	-	-	34	9	-	1	-
15. Kieleckie	-	-	-	48	1	23	-	-	2	5	-	-	-
16. Konińskie	-	-	-	77	-	8	-	-	3	-	-	-	-
17. Koszalińskie	-	-	-	11	-	-	-	-	1	1	-	-	-
18. M.krakowskie	-	-	-	31	-	10	-	2	3	3	-	1	-
19. Krośnieńskie	-	-	-	21	-	14	-	-	2	1	-	-	-
20. Legnickie	-	-	-	43	-	7	-	-	1	1	-	-	-
21. Leszczyńskie	-	-	-	33	-	4	-	-	-	2	-	-	-
22. Lubelskie	-	-	-	71	-	13	-	1	4	6	-	1	1
23. Łomżyńskie	-	-	-	24	-	8	-	-	-	1	-	-	-
24. M.łódzkie	-	-	-	228	-	25	-	17	5	-	-	-	-
25. Nowosądeckie	-	-	-	33	1	7	-	-	-	4	-	-	-
26. Olsztyńskie	-	-	-	60	-	12	-	1	7	3	-	8	6
27. Opolskie	-	-	-	25	-	1	-	1	5	3	-	-	-
28. Ostrołęckie	-	-	-	8	-	9	-	-	3	5	1	-	-
29. Piłskie	-	-	-	16	-	1	-	-	1	1	-	1	-
30. Piotrkowskie	-	-	-	16	-	2	-	3	2	4	-	-	-
31. Płockie	-	-	-	26	-	4	-	1	-	2	-	2	-
32. Poznańskie	-	-	-	54	-	34	-	1	6	5	-	-	-
33. Przemyskie	-	-	-	27	1	9	-	1	-	2	-	-	-
34. Radomskie	-	-	-	23	-	18	-	-	-	-	-	-	-
35. Rzeszowskie	-	-	-	26	-	3	-	1	4	6	-	1	-
36. Siedleckie	-	-	-	23	2	3	-	-	2	3	-	-	-
37. Sieradzkie	-	-	-	22	-	1	-	1	-	-	-	-	-
38. Skierniewickie	-	-	-	18	-	3	-	1	2	1	-	-	-
39. Słupskie	-	-	-	26	3	7	-	-	6	3	-	-	-
40. Suwalskie	-	-	-	38	1	10	-	-	4	16	-	10	10
41. Szczecińskie	-	-	-	154	-	10	-	-	6	4	-	-	-
42. Tarnobrzeskie	-	-	-	22	8	29	-	-	-	4	-	-	-
43. Tarnowskie	-	-	-	26	-	10	-	-	3	4	-	1	-
44. Toruńskie	-	-	-	37	-	11	-	-	1	7	-	1	-
45. Wałbrzyskie	-	-	-	22	-	10	-	-	7	3	-	-	-
46. Włocławskie	-	-	-	22	-	14	-	1	2	2	-	-	-
47. Wrocławskie	1	-	-	32	-	17	-	2	13	7	-	-	-
48. Zamojskie	-	-	-	68	-	8	-	-	6	-	-	-	-
49. Zielonogórskie	-	-	-	33	-	2	-	-	1	1	-	-	-

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-31.08.1998 r. wg województw (cd.)

Województwo (St.- stołeczne M.- miejskie)	Ospa wietrzna (B01)	Odra (B05)	Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	Wirusowe zapalenie wątroby		Świnka (B26)	Włośnica (B75)	Świerz (B86)	Grypa: ogółem (J10; J11)	Bakteryjne zatrucia pokarmowe: ogółem (A02.0; A05)	Zatrucia grzybami (T62.0)	Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	Zakażenia szpitalne - objawowe i bezobjawowe: ogółem
				typu B (B16;B18.0-.1)	"nie B": ogółem (B15; B17;B18.2-B18.9;B19)								
POLSKA	1085	28	495	148	125	2968	-	391	2	2432	13	318	21
1. St.warszawskie	85	-	100	9	7	200	-	-	-	59	-	2	-
2. Białkopodlaskie	3	-	2	2	1	5	-	15	-	8	-	1	-
3. Białostockie	22	-	8	1	4	55	-	20	-	138	2	13	1
4. Bielskie	25	-	9	5	-	70	-	-	-	23	-	7	2
5. Bydgoskie	32	-	6	4	6	67	-	15	-	69	-	22	-
6. Chełmskie	-	-	4	-	-	21	-	4	-	37	-	-	-
7. Ciechanowskie	12	-	7	2	-	29	-	2	-	18	-	1	-
8. Częstochowskie	57	-	13	5	2	59	-	6	-	15	-	12	1
9. Elbląskie	18	-	6	2	1	36	-	24	-	16	-	-	-
10. Gdańskie	46	-	10	9	5	145	-	17	-	159	-	7	1
11. Gorzowskie	21	-	-	3	-	85	-	9	-	27	-	16	-
12. Jeleniogórskie	15	-	2	6	1	82	-	11	-	21	-	1	-
13. Kaliskie	17	-	7	3	-	68	-	5	-	53	-	12	1
14. Katowickie	72	-	82	23	28	217	-	30	-	97	-	17	-
15. Kieleckie	31	1	20	7	11	79	-	19	-	75	6	24	-
16. Konińskie	32	-	-	-	-	17	-	5	-	80	-	-	-
17. Koszalińskie	23	-	2	-	6	29	-	-	-	69	-	3	1
18. M.krakowskie	28	1	14	3	3	68	-	3	-	43	-	1	-
19. Krośnińskie	8	-	4	3	1	44	-	-	-	64	1	4	-
20. Legnickie	13	-	3	2	7	65	-	4	-	44	-	-	-
21. Leszczyńskie	9	-	1	3	1	22	-	-	-	33	-	1	-
22. Lubelskie	12	22	5	2	1	108	-	5	-	71	2	15	-
23. Łomżyńskie	4	-	8	2	2	5	-	8	-	25	-	-	-
24. M.łódzkie	24	-	9	3	5	221	-	39	-	232	-	19	-
25. Nowosądeckie	13	-	10	4	-	21	-	-	-	33	-	-	-
26. Olsztyńskie	19	-	3	-	2	-	-	15	-	54	-	2	-
27. Opolskie	27	-	10	3	1	59	-	5	-	25	-	2	-
28. Ostrołęckie	5	-	2	-	-	22	-	11	-	8	-	7	-
29. Piłskie	12	-	5	5	-	55	-	4	-	17	-	-	-
30. Piotrkowskie	7	-	6	4	1	85	-	19	-	32	-	4	-
31. Płockie	3	-	5	4	1	16	-	4	-	39	-	2	-
32. Poznańskie	84	2	19	2	8	123	-	7	-	54	-	5	-
33. Przemyskie	3	-	1	-	-	13	-	2	-	27	-	4	-
34. Radomskie	15	-	20	2	1	35	-	1	-	22	1	7	-
35. Rzeszowskie	18	-	2	-	-	77	-	4	2	26	-	13	-
36. Siedleckie	16	-	22	-	2	42	-	8	-	38	-	6	-
37. Sieradzkie	8	-	-	2	2	17	-	-	-	22	-	1	-
38. Skierniewickie	11	-	8	-	-	36	-	-	-	18	-	-	-
39. Słupskie	18	1	4	1	1	82	-	6	-	26	-	5	-
40. Suwalskie	12	-	3	5	-	23	-	2	-	42	-	2	13
41. Szczecińskie	36	-	6	5	4	129	-	6	-	201	-	37	-
42. Tarnobrzeskie	20	-	9	3	-	68	-	2	-	23	-	3	1
43. Tarnowskie	15	-	-	1	-	40	-	-	-	26	-	1	-
44. Toruńskie	21	-	2	2	2	28	-	18	-	37	-	3	-
45. Wałbrzyskie	30	-	12	3	3	35	-	5	-	22	-	18	-
46. Włocławskie	17	-	4	1	-	7	-	4	-	25	-	8	-
47. Wrocławskie	29	1	11	2	4	75	-	7	-	38	1	1	-
48. Zamojskie	10	-	7	-	-	42	-	15	-	68	-	1	-
49. Zielonogórskie	27	-	2	-	1	41	-	5	-	33	-	8	-

Chorzy nowozarejestrowani w poradniach gruźlicy i chorób płuc podległych Ministerstwu Zdrowia i Opieki Społecznej¹ w II kwartale 1998 roku

(dane Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc)

Województwo (St.- stołeczne M.- miejskie)	Wszystkie postacie gruźlicy	
	ogółem	w tym BK+
POLSKA	3390	1866
1. St. Warszawskie	245	111
2. Białkopodlaskie	34	27
3. Białostockie	54	34
4. Bielskie	59	25
5. Bydgoskie	55	37
6. Chełmskie	21	18
7. Ciechanowskie	40	12
8. Częstochowskie	61	37
9. Elbląskie	61	31
10. Gdańskie	101	67
11. Gorzowskie	47	12
12. Jeleniogórskie	57	36
13. Kaliskie	70	35
14. Katowickie	414	201
15. Kieleckie	132	65
16. Konińskie	34	19
17. Koszalińskie	51	28
18. M. krakowskie	70	53
19. Krośnieńskie	46	30
20. Legnickie	52	47
21. Leszczyńskie	23	16
22. Lubelskie	110	66
23. Łomżyńskie	34	17
24. M. łódzkie	104	56
25. Nowosądeckie	53	33
26. Olsztyńskie	62	31
27. Opolskie	77	55
28. Ostrołęckie	42	22
29. Piłskie	31	13
30. Piotrkowskie	62	34
31. Płockie	67	31
32. Poznańskie	58	38
33. Przemyskie	30	16
34. Radomskie	100	60
35. Rzeszowskie	73	37
36. Siedleckie	107	62
37. Sieradzkie	56	32
38. Skierniewickie	43	21
39. Słupskie	25	7
40. Suwalskie	27	16
41. Szczecińskie	84	58
42. Tarnobrzeskie	72	28
43. Tarnowskie	48	25
44. Toruńskie	41	27
45. Wałbrzyskie	59	24
46. Włocławskie	25	15
47. Wrocławskie	79	49
48. Zamojskie	53	38
49. Zielonogórskie	41	14

¹ Bez PKP, MON i MSW.

Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS Informacja z 31 sierpnia 1998 r.

W sierpniu 1998 r. do Zakładu Epidemiologii PZH zgłoszono nowo wykryte zakażenie HIV 65 obywateli polskich, w tym 31 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Obecność przeciwciał anti-HIV potwierdzono w Zakładzie Laboratoryjno-Doświadczalnym Instytutu Wenerologii AM w Warszawie, w Wojewódzkim Zespole Chorób Zakaźnych w Gdańsku, w Wojewódzkiej Przychodni Dermatologicznej w Katowicach, w Pracowni Bakteriologicznej Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych Collegium Medicum UJ w Krakowie, w Specjalistycznym Dermatologicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Łodzi oraz w Laboratorium Kliniki Chorób Zakaźnych AM we Wrocławiu.

Odnotowano zachorowania na AIDS czterech kobiet (dwu narkomanek i dwu zakażonych drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych) oraz dziewięciu mężczyzn (pięciu narkomanów oraz po dwóch zakażonych drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych i bez informacji o drodze zakażenia).

Chorzy byli w wieku od 25 do 42 lat. Mieli miejsce zamieszkania w następujących województwach: dziewięciu w woj. katowickim oraz po jednym w województwie: lubelskim, opolskim, rzeszowskim i wrocławskim.

We wszystkich przypadkach określono przynajmniej jedną chorobę wskazującą na AIDS w brzmieniu jak w definicji do celów nadzoru epidemiologicznego, skorygowanej w 1993 r. W ośmiu przypadkach podano liczbę komórek CD4 (od 3 do 398/μL).

Od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 sierpnia 1998 r. stwierdzono zakażenie HIV 5.418 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 3.503 zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Ogółem odnotowano 677 zachorowań na AIDS; 386 chorych zmarło.

Wanda Szata
Zakład Epidemiologii PZH

* * *

UWAGA: Liczby zachorowań na choroby wywołane przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV] podawane na str. 1-2 "Meldunków" pochodzą ze sprawozdań Mz-56 nadsyłanych przez Wojewódzkie Stacje San.-Epid. w ramach systemu zbiorczego zgłaszania zachorowań na choroby zakaźne. Natomiast dane o zachorowaniach zawarte w powyższej informacji pochodzą ze skorygowanych w Zakładzie Epidemiologii PZH zgłoszeń poszczególnych zachorowań.

Wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w pierwszym półroczu 1998 r.

W pierwszym półroczu 1998 r. zarejestrowano w Polsce 2.070 zachorowań na wzv B (łącznie z zachorowaniami wywołanymi zakażeniem mieszanym: HBV + HCV). Tak więc na 100.000 mieszkańców przypadało 5,4 zachorowań, a zapadalność w przeliczeniu rocznym wynosiła 10,7 na 100.000.

W 1997 r. zapadalność w Polsce wynosiła 12,7. Spadek zapadalności w pierwszym kwartale 1998 r. (w przeliczeniu rocznym) wynosił tylko około 13%, podczas gdy w okresie od 1993 do 1997 r. średnio przekraczał rocznie 22%.

W pierwszych miesiącach 1998 r. rozpoczęto modyfiko-

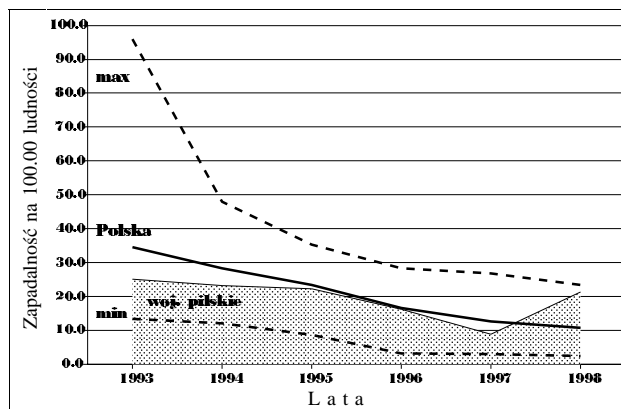
Tabela 1. Wirusowe zapalenie wątroby typu B* w Polsce w pierwszym półroczu 1998 r. Liczba zachorowań, procentowy udział i zapadalność na 100.000 mieszkańców wg województw.

Województwo	Zachorowania w I półroczu 1998 r.			Zapadalność w przeliczeniu rocznym
	Liczba	%	Zapadalność	
1. M.łódzkie	129	6.2	11.7	23.3
2. Piłskie	53	2.6	10.7	21.3
3. M.krakowskie	124	6.0	10.0	20.0
4. Katowickie	319	15.4	8.2	16.3
5. Suwalskie	38	1.8	7.8	15.6
6. Kieleckie	84	4.1	7.4	14.8
7. Łomżyńskie	26	1.3	7.4	14.7
8. Ciechanowskie	30	1.4	6.9	13.7
9. Gorzowskie	33	1.6	6.4	12.9
10. Radomskie	46	2.2	6.0	12.0
11. Płockie	30	1.4	5.8	11.5
12. Szczecińskie	57	2.8	5.7	11.5
13. Wrocławskie	64	3.1	5.6	11.3
14. Ostrołęckie	23	1.1	5.6	11.2
15. Nowosądeckie	40	1.9	5.4	10.8
POLSKA	2070	100.0	5.4	10.7
16. Toruńskie	36	1.7	5.3	10.7
17. Bielskie	48	2.3	5.2	10.4
18. Opolskie	53	2.6	5.2	10.4
19. St.warszawskie	123	5.9	5.1	10.2
20. Zielonogórskie	33	1.6	4.9	9.7
21. Sieradzkie	20	1.0	4.8	9.7
22. Legnickie	25	1.2	4.8	9.5
23. Skierniewickie	20	1.0	4.7	9.4
24. Tarnobrzeskie	28	1.4	4.6	9.2
25. Bydgoskie	52	2.5	4.6	9.2
26. Białostockie	32	1.5	4.6	9.1
27. Częstochowskie	35	1.7	4.5	9.0
28. Kaliskie	32	1.5	4.4	8.8
29. Chełmskie	11	0.5	4.4	8.8
30. Lubelskie	45	2.2	4.4	8.8
31. Wałbrzyskie	32	1.5	4.4	8.7
32. Jeleniogórskie	22	1.1	4.2	8.4
33. Koszalińskie	22	1.1	4.2	8.4
34. Elbląskie	20	1.0	4.0	8.1
35. Białkopodlaskie	12	0.6	3.9	7.8
36. Piotrkowskie	24	1.2	3.7	7.5
37. Włocławskie	16	0.8	3.7	7.4
38. Gdańskie	52	2.5	3.6	7.1
39. Siedleckie	23	1.1	3.5	7.0
40. Zamojskie	17	0.8	3.5	6.9
41. Słupskie	14	0.7	3.3	6.5
42. Leszczyńskie	13	0.6	3.3	6.5
43. Krośnieńskie	16	0.8	3.1	6.3
44. Olsztyńskie	23	1.1	3.0	5.9
45. Tarnowskie	18	0.9	2.6	5.2
46. Konińskie	12	0.6	2.5	5.0
47. Rzeszowskie	17	0.8	2.3	4.5
48. Poznańskie	23	1.1	1.7	3.4
49. Przemyskie	5	0.2	1.2	2.4

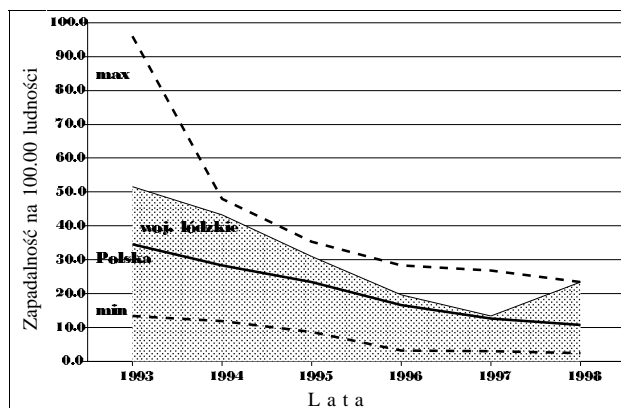
* Łącznie z zakażeniami mieszanymi HBV i HCV.

wanie postępowania przeciwepidemicznego zależnie od wyników analizy epidemiologicznej sytuacji wzv B, tak na szczeblu całego kraju jak i lokalnie - w województwach, a nawet w mniejszych jednostkach administracyjnych. Przy-

czyniło się to do szybszego zmniejszania się w ostatnich miesiącach liczby rejestrowanych zachorowań i do osiągnięcia po pierwszym półroczu 1998 r. spadku zapadalności o 15,5% w stosunku do 1997 roku. Można mieć nadzieję, że kontynuowanie i nasilenie podobnego postępowania w bliskiej i dalszej przyszłości pozwoli na przyspieszenie tempa tego spadku i względnie szybkie osiągnięcie w Polsce sytuacji epidemiologicznej wzv B zbliżonej do sytuacji w krajach zachodnioeuropejskich.



Ryc. 1. Zapadalność na wzv B w woj. piłskim w latach 1993-1998 w porównaniu z najniższą i najwyższą zapadalnością w innych województwach (min-max) oraz zapadalnością w całej Polsce.



Ryc. 2. Zapadalność na wzv B w woj. łódzkim w latach 1993-1998 w porównaniu z najniższą i najwyższą zapadalnością w innych województwach (min-max) oraz zapadalnością w całej Polsce.

Liczbę zachorowań i zapadalność na 100.000 mieszkańców wg województw w pierwszym półroczu 1998 r. (w kolejności od najwyższej do najniższej zapadalności) przedstawiono w tabeli 1. Wynika z niej, że zapadalność ponad dwukrotnie wyższa od przeciętnej zapadalności w całej Polsce zanotowano w woj. łódzkim, a zapadalność wyższą o ponad 50% do 100% od przeciętnej krajowej w województwach: piłskim, krakowskim i katowickim. Należy przy tym zauważyć, że spośród tych 4 województw jedynie w woj. krakowskim zapadalność w 1998 r. w porównaniu z rokiem 1997 obniżyła się bardziej (spadek o 25%) niż przeciętna zapadalność w Polsce; względny spadek zapadalności w woj. katowickim (o 10%) był mniejszy niż w całym kraju, a w dwu pozostałych województwach w stosunku do 1997 r. zanotowano niepokojujący wzrost zapadalności - w woj. łódzkim o około 75%, a w woj. piłskim aż o ponad 140% (ryc. 1-2). Łącznie w tych 4 województwach zgłoszono 625 zachorowań na wzv B, tj. ponad 30% wszystkich zarejestrowanych przypadków. Dlatego konieczne jest nasilenie

działalności przeciwepidemicznej szczególnie w tych województwach. W obecnej sytuacji, gdy wykonawstwo szczepień jest względnie wysokie, to nasilenie działalności powinno przede wszystkim polegać na przecięciu dróg szerzenia się zakażeń HBV w zakładach służby zdrowia. Dokładniejsze informacje na ten temat przekazane zostaną w dwu następnym "Meldunkach" (9/A i 9/B).

W pozostałych 11 województwach, w których zapadalność była wyższa od przeciętnej w Polsce, zanotowano 471 zachorowań, tj. 22,8% ogółu zarejestrowanych przypadków.

Najbardziej korzystną sytuację epidemiologiczną wzw B, porównywalną do sytuacji w krajach o najniższej zapadalności w Europie, stwierdzono w województwach, w których zapadalność nie przekraczała poziomu 50% przeciętnej zapadalności w Polsce: przemyskim, poznańskim, rzeszowskim, konińskim i tarnowskim. Razem w tych 5 województwach zanotowano tylko 75 zachorowań (3,6% ogółu zachorowań w Polsce). Jest godne uwagi, że województwa te zlokalizowane są w dwu odległych rejonach Polski: w południowo-wschodniej części kraju (przemyskie, rzeszowskie, tarnowskie; a także krośnieńskie - z nieznacznie tylko wyższą zapadalnością) oraz w Wielkopolsce (poznańskie, konińskie), w sąsiedztwie z województwami o wysokiej zapadalności.

Zapadalność niższą od 10,0 na 100.000 w przeliczeniu rocznym zanotowano w pierwszej połowie 1998 r. w 30 województwach (61,2%), a niższą od 8,0 na 100.000 w 15 województwach (30,6%).

Wiesław Magdzik, Mirosław P. Czarkowski

Epidemia błonicy w nowych niezależnych krajach byłego Związku Radzieckiego i krajach bałtyckich

Sytuacja epidemiologiczna błonicy w republikach powstałych po byłym ZSRR i w krajach bałtyckich uległa znacznej poprawie. Wszystkie kraje dokonały dużych wysiłków dla uodpornienia tak dzieci jak i populacji dorosłych oraz sformułowały ograniczoną, według zaleceń WHO, listę przeciwwskazań do szczepień.

W poszczególnych latach notowano następujące liczby zachorowań: w 1993 r. - 19.504; w 1994 r. - 47.628 (wzrost o 144%); w 1995 r. - 50.425 (wzrost o 6%); w 1996 r. - 20.215 (spadek o 60%); w 1997 r. - 7.108 (spadek o 65%). W pierwszym kwartale 1998 r. zanotowano 839 zachorowań, podczas gdy w pierwszym kwartale 1997 r. - 2.344 (spadek o 64%).

W 9 krajach uzyskano szczególnie istotną poprawę sytuacji epidemiologicznej błonicy (Armenia, Azerbejdżan, Białoruś, Estonia, Łotwa, Litwa, Mołdowa, Turkmenistan, Uzbekistan). W 6 innych krajach działalność przeciwepidemiczna wymaga jeszcze nasilenia (Federacja Rosyjska, Ukraina, Gruzja, Kazachstan, Kirgizja).

W 1997 r. zanotowano: w Federacji Rosyjskiej 4.057 zachorowań (najwyższa liczba zachorowań w 1994 r. - 39.582; spadek o 90%); na Ukrainie 1.277 zachorowań (najwyższa liczba zachorowań w 1995 r. - 5.280; spadek o 76%).

W pierwszym kwartale 1998 r. zanotowano w Federacji Rosyjskiej 477, a na Ukrainie 168 zachorowań.

*na podstawie WHO "CD News" (1998,18,2-5)
opracował Wiesław Magdzik*

Ocena potrzeby i możliwości eradykacji różyczki w świecie

W czasopiśmie "CVI Forum" opublikowano artykuł "Action needed now to stop the rubella tragedy" podsumowujący znaczenie różyczki jako problemu społecznego z uwzględnieniem trwałych następstw w postaci ok. 300.000 wrodzonych zachorowań rocznie oraz dostępności efektywnej i bezpiecznej szczepionki w cenie ok. 0,15 USD za dawkę.

Obecnie na 215 krajów członkowskich i terytoriów należących do WHO, 78 krajów (36%) zamieszkałych przez 20% ludności świata stosuje rutynowo szczepienia przeciw różyczce w ramach programów prozdrowotnych. W tej liczbie mieści się 90% krajów rozwiniętych oraz zaledwie 26% krajów trzeciego świata.

Różyczka w wieku dziecięcym jest zazwyczaj banalną chorobą wysypkową, a u 30 do 50% dzieci przebiega bezobjawowo. Powikłania *encephalitis* lub skaza krwotoczna występują rzadko i dotyczą głównie dorosłych.

Znane są trudności w rozpoznawaniu różyczki, mylonej z innymi chorobami wysypkowymi jak odra, szkarlatyna i mononukleozą oraz zakażeniami adenowirusowymi i gorączką denga. Stąd istnieje potrzeba laboratoryjnego potwierdzenia zachorowań.

Szacuje się, że zakażenie wirusem różyczki w okresie ciąży zwiększa o 50% ryzyko spontanicznych poronień oraz porodów niewczesnych i przedwczesnych. Zakażenie w pierwszym trymestrze ciąży w 70-80% przypadków prowadzi do urodzenia dzieci wykazujących pojedyncze lub mnogie uszkodzenia składające się na zespół różyczki wrodzonej (CRS) takie jak: głuchota, zaćma, zahamowanie umysłowe, autyzm, wady serca, stany zapalne wątroby, cukrzyca, przewlekła biegunka i inne. Nie jest znana liczba aborcji dokonywanych przez kobiety z powodu obawy skutków zakażenia wirusem różyczki w okresie ciąży.

Mniejsze epidemie różyczki występują cyklicznie co sześć, dziewięć lat (w Europie przeważnie co 4 lata), a duże pandemie co dziesięć, trzydzieści lat, obejmując ok. 5% ludności. Ostatnia pandemia różyczki wystąpiła na początku lat sześćdziesiątych. W Stanach Zjednoczonych zgłoszono wtedy 12,5 mln zachorowań, w tym 2.084 przypadki z *encephalitis* oraz 6.250 poronień. Co najmniej 20.000 dzieci miało CRS, w tym 8.055 dzieci urodzonych z głuchotą, 3.580 z głuchotą i ślepotą oraz 1.790 z zahamowaniem umysłowym. Badanie przeprowadzone w USA w 1972 r. wykazało, że 5% przypadków głuchoty było związanych z CRS. W Europie, w okresach międzyepidemicznych, wykryto, że wśród dzieci szkolnych około 15% przypadków umiarkowanej lub ciężkiej głuchoty było związanych z CRS.

Oszacowano, że pandemia różyczki przyniosła w budżecie USA straty ekonomiczne rzędu 840 mln USD, co spowodowało, że badaniom nad szczepionką przeciw różyczce nadano priorytetowy charakter.

W latach 1965-1970 uzyskano kilka szczepionek przeciw różyczce. Pierwszą licencję otrzymano w 1969 r. w USA oraz w 1970 r. w W. Brytanii. Obecnie ośmiu producentów wytwarza szczepionkę zawierającą atenuowany szczep RA 27/3, stwarzający minimalne ryzyko odczynów poszczepiennych. Odczyny poszczepienne naśladują naturalne zakażenie, ale są znacznie słabsze i występują rzadziej. U połowy szczepionych kobiet może pojawić się wysypka, powiększenie węzłów chłonnych, gorączka oraz bóle głowy i gardła. Przez pewien czas głośno kontrowersyjny pogląd

o ryzyku przewlekłej choroby stawów po szczepieniu przeciw różyczce. Tym poglądom zaprzeczają ostatnie wyniki badań, które objęły ok. 4 tys. szczepionych kobiet w USA, Kanadzie i Izraelu (JAMA, 1997, 7, 551-556).

Szczepienia przeciw różyczce włączono do programów szczepień dzieci w USA, na Karaibach i w zachodniej Europie z wyjątkiem dwóch krajów. Na tych terenach przestały występować epidemie różyczki, a CRS ograniczono do pojedynczych przypadków. Ostatnio występowało w USA kilkaset przypadków różyczki rocznie, w pierwszej połowie 1997 r. zgłoszono 64 zachorowania. W latach 1994-1996 zgłoszono tylko 12 przypadków CRS.

Różyczka nadal występuje masowo w krajach, które nie włączyły jej do programów szczepień. W 1996 r. w 27 krajach europejskich zgłoszono 301.951 zachorowań na różyczkę, w tym 83% z terenów b. Związku Radzieckiego oraz 57% z samej Rosyjskiej Federacji.

W szeregu krajów zaplanowano eliminację rodzimej różyczki i CRS do 2000 roku. Są to niektóre kraje zachodnioeuropejskie, kraje z rejonu Karaibów oraz USA, gdzie istnieje pełna świadomość opłacalności szczepień przeciw różyczce. Analiza przeprowadzona w 1994 r. przez Centres for Disease Control and Prevention wykazała, że bez szczepień ochronnych rejestrowano w USA 1,9 mln zachorowań na różyczkę rocznie zamiast 5.662 jak obecnie; wystąpiłoby 31 zgonów zamiast 0,1; 832 przypadki CRS zamiast 44 oraz 2.469 poronień zamiast 132. Koszty pośrednie i bezpośrednie związane ze skutkami różyczki wynosiłyby 601 mln USD rocznie przy obecnych kosztach szczepień ok. 13 mln USD.

Zdaniem autorów największą przeszkodą w realizacji programów przeciw różyczce w krajach rozwijających się jest wybór strategii postępowania. Istniejące strategie oparte są o szczepienia selektywne, rutynowe szczepienia w okresie dziecięcym oraz kombinacje tych zasadniczych kierunków, przynajmniej w siedmiu wariantach. Jak dotychczas, na 213 krajów członkowskich w 146 próbowano wdrożyć przynajmniej jedną z tych wersji. Ocenę stosowanych strategii opublikowano w "Bull. WHO" (1997, 1, 69-80) i udośćniono w "Meldunku" 3/B/98.

Zwraca się uwagę na korzyści wynikające z łączenia szczepień przeciw odrze i różyczce. Zdaniem autorów niezbędne jest natychmiastowe podjęcie dyskusji nad możliwością równoczesnego zwalczania odrzy i różyczki. Cytowane jest stanowisko Stanleya Plotkina, pioniera szczepień przeciw różyczce, "byłoby tragicznym niepowodzeniem odrzucenie niepowtarzalnej możliwości łączenia szczepień przeciw odrze i różyczce, która nie pojawi się więcej".

Wojciech Żabicki

W USA przerwano szerzenie się odrzy

W EPI Newsletter z czerwca 1998 r. (Vol. XX, 3, 1-3) podano bardzo ważną informację epidemiologiczną. W 1997 r. zgłoszono z całego USA zaledwie 138 potwierdzonych przypadków odrzy. Była to najniższa liczba zachorowań jaką dotychczas zarejestrowano i oznaczała 55% spadek zachorowań w porównaniu do rekordowo niskiej liczby 309 przypadków zarejestrowanych w 1995 r. (w 1996 r. było 488 zachorowań).

Poniżej przedstawiona analiza uzasadnia wniosek, że w 1997 r. w USA nie stwierdzono krążenia endemicznego wi-

rusa odrzy.

Zgłoszone zachorowania zakwalifikowano do jednej z dwu grup: przypadków rodzimych, lub przypadków importowanych z zagranicy - międzynarodowych. Jako importowany przypadek uważa się zachorowanie osoby, która przebywała (podróżowała) poza USA w ciągu 18 dni przed wystąpieniem wysypki. Rodzime zachorowania podzielono na trzy grupy: mających związek epidemiologiczny z przypadkiem importowanym z zagranicy; przypadek w którym izolowany wirus odrzy miał związek z innymi niż USA krajami; wszystkie pozostałe przypadki, w których nie wykryto związku z zawlečeniem odrzy do USA.

Ze 138 przypadków zarejestrowanych w 1997 r. - 57 (41%) było importowanych, 36 przypadków to były zachorowania osób przyjezdnych, a 21 osób zamieszkałych w USA, które powróciły z podróży zagranicznych, po 9 przypadków zawleczonych z Niemiec i z Włoch, po 5 przypadków ze Szwajcarii i Brazylii i 4 z Japonii. Z 81 przypadków rodzimych - 17 (21%) miało związek z zachorowaniami zawleczonymi; od 7 chorych (9%) wyizolowano wirus odrzy występujący poza USA, w pozostałych 57 przypadkach (70%) nie znaleziono związku z zakażeniami importowanymi.

Zachorowań na odrę nie zanotowano w 21 stanach, w 20 stanach wystąpiło mniej niż 5 przypadków, w pozostałych 9 stanach wystąpiło 64% ogółu zachorowań i 56% przypadków importowanych.

Przeważały zachorowania dzieci w wieku 1-4 lata (29%), osób w wieku 5-19 lat (28%) i 20-39 lat (26%). 77% chorych nie było szczepionych, 18% otrzymało 1 dawkę, a 5% dwie dawki szczepionki.

W doniesieniu przypomniano, że utrzymanie wysokiego odsetka zaszczepionych osób w wieku 1-20 lat powinno zapobiec transmisji importowanych zakażeń, ale tylko globalna eradykacja odrzy może zapewnić, że nie będzie przypadków importowanych.

D. Naruszewicz-Lesiuk

Sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób o objawach żołądkowo-jelitowych w Niemczech w 1997 r.

Zapalenie żołądka i jelit jako zespół objawów jest powodowane przez różne czynniki zakaźne, głównie bakterie i wirusy. Tylko część przypadków bada się mikrobiologicznie, a spośród nich część zgodnie z prawem jest rejestrowana przez wiodącą placówkę naukową - Instytut Roberta Kocha.

Pałeczki *Salmonella* (bez *S.typhi* i *S.paratyphi*) pozostają najczęściej rejestrowanym czynnikiem etiologicznym zapalenia żołądka i jelit w Niemczech. W 1997 roku zarejestrowano 105.340 przypadków (zapadalność 128,4/100 tys.). W porównaniu z 1996 rokiem liczba ta zmalała o 4%. Tym samym kontynuowana jest tendencja spadkowa notowana od 1992 roku. W niektórych Landach Niemiec obserwuje się jednak wzrost liczby tych zachorowań. *S.enteritidis* jest w dalszym ciągu dominującym serotypem powodującym zapalenie żołądka i jelit u ludzi i stanowi 55% ogółu zachorowań. Ogólna liczba izolatów *S.enteritidis* w 1997 roku zmalała jednak o 16% w porównaniu z 1996 rokiem. W 1997 roku liczba izolatów *S.typhimurium* wykazuje zarówno relatywny jak i absolutny wzrost (o 10%) Obydwa serotypy stanowią około 85% wszystkich zakażeń pałeczkami *Sallmonella* u ludzi w Niemczech. W 1997 roku zarejestrowano

103 ogniska spowodowane przez pałeczki *Salmonella*. Zachorowało w nich 2.290 osób. Wśród 103 ognisk 94 wywołała *S. enteritidis*, 7 - *S. typhimurium*, a tylko 2 - inne serotypy.

W 1997 roku zarejestrowano 1.925 (zapadalność 2,3/100 tys.) zachorowań na czerwonkę spowodowaną przez pałeczki *Shigella*. Spośród 751 przypadków 81% było spowodowanych przez *Sh. sonnei*, a 17% przez *Sh. flexneri*. *Sh. dysenteriae* izolowano od 13 osób, a *Sh. boydii* - od 6 pacjentów. W oparciu o badania epidemiologiczne 73% wszystkich przypadków czerwonki spowodowanej przez pałeczki *Shigella* nabyto za granicą. Najczęściej do zachorowań dochodziło w Egipcie (156 przypadków), Tunezji (120 przypadków), Turcji (78), Maroku (32), Republice Dominikany (29), Kenii (16), Indiach i Bułgarii (po 12 przypadków). Zachorowania w ogniskach liczących od 3 do 22 osób stanowiły 20% wszystkich przypadków czerwonki spowodowanej przez pałeczki *Shigella*.

Poza salmonelozą i czerwonką inne postacie zakażeń żołądkowo-jelitowych rejestrowano w Niemczech łącznie. W 1997 roku zarejestrowano 105.744 zachorowań tej grupy (zapadalność 129/100 tys.), a więc na poziomie liczby zachorowań spowodowanych przez pałeczki *Salmonella*. W porównaniu z 1996 rokiem zanotowano wzrost o 10%. Zakażenia te, występujące głównie u dzieci, były spowodowane przez różne czynniki, spośród których część (np. *Campylobacter* i *Yersinia*) jest przekazywana głównie przez żywność. W części krajów europejskich *Campylobacter* jest częściej wykrywany u chorych na choroby biegunkowe niż *Salmonella*. Ten fenomen po raz pierwszy był także rejestrowany w niektórych Landach Niemiec. *Campylobacter* w Niemczech izolowano częściej w zachodnich Landach, w przeciwieństwie do rotawirusów występujących częściej we wschodnich Landach.

Escherichia coli występuje w postaci różnych serotypów (ETEC, EIEC, EPEC i EHEC). Największe zainteresowanie budzi EHEC. Niemiecki system rejestracji EHEC jest dostosowany do różnych regulacji obowiązujących w poszczególnych Landach. Dane zbiera Instytut Roberta Kocha. Na tej podstawie zapadalność na zakażenia EHEC w Niemczech oszacowano na 0,3 do 2,5/100 tys. w różnych Landach. Większość zakażeń EHEC występuje w postaci zachorowań sporadycznych, z małą liczbą ognisk rodzinnych. Różne podtypy wykrywano w różnych regionach nadzoru. Typ O 157 wykryto w 33% zachorowań spowodowanych przez EHEC w jednym z regionów (w połowie tych izolatów wykryto typ O 157:H 7). W innym regionie typ O 157 stanowił tylko 10% izolatów, podczas gdy O 8, O 26 i O 103 były częściej izolowane, a ponad połowa wszystkich izolatów należała do innych O typów.

na podstawie "Epidemiologisches Bulletin" 8/98 i 9/98 (wg FAO/WHO "Newsletter", 1998, 56, 2) oprac. A. Przybylska

Linie komórkowe myszy adaptowane do wirusów polio nową szansą w diagnostyce enterowirusów

W wyniku badań finansowanych przez Rotary International uzyskano generację komórek mysich z genem wrażliwym na zakażenie wirusem *polio*. Nowe linie komórkowe oznaczone symbolem L20B są niewrażliwe na inne enterowirusy występujące u ludzi, z wyjątkiem wirusa *polio*.

Uzyskane osiągnięcie stwarza możliwość przyspieszenia diagnostyki wirusów *polio* w monitoringu ostrych porażek

wiotkioch (AFP). Obecnie jedna trzecia próbek materiału diagnostycznego od przypadków AFP zawiera enterowirusy infekujące jelita, ale nie powodujące zachorowań na *polio-myelitis*. Dotychczasowe tradycyjne metody namnażania oparte na ludzkich liniach komórkowych nie pozwalały na różnicowanie izolowanych wirusów, ponieważ były wrażliwe na wszystkie enterowirusy. Równocześnie istniejąca bariera gatunkowa wykluczała wykorzystanie do tych celów linii komórkowych myszy.

Wprowadzenie do mysich komórek genu kodującego wrażliwość na zakażenie wirusem *polio* umożliwiło powstanie generacji tzw "smart cells". Wprowadzenie tych komórek do diagnostyki wirusów *polio* daje szansę skrócenia procesu diagnostycznego do około dwóch - zamiast czterech tygodni. Uzyskany efekt cytopatogeny na tych komórkach jest sygnałem, że ma się do czynienia tylko i wyłącznie z wirusem *polio*, po czym izolaty podlegają typowaniu i różnicowaniu jako dzikie lub szczepionkowe.

Przeprowadzone badania były koordynowane przez the Global Programme for Vaccines and Immunization Vaccine Research and Development Unit. Oczekuje się, że będą miały istotne znaczenie w przebiegu realizacji programu eliminacji *polio-myelitis*.

na podstawie "Vaccine & Immunization News" (1998, 7, 8) opracował Wojciech Żabicki

"Meldunki o zachorowaniach na choroby zakaźne, zatruciach i zakażeniach szpitalnych" w Internecie

Odwiedzający stronę Państwowego Zakładu Higieny (<http://www.medstat.waw.pl>) zauważyli być może, że od lutego br. prezentowane tam "Meldunki" zaczęły pojawiać się w układzie typograficznym analogicznym do układu "Melunków" wydawanych tradycyjnie. Równocześnie udostępniono komplet tak wykonanych "Meldunków" z 1997 roku. Nowe numery elektronicznych "Meldunków" ukazywały się jednak niezbyt regularnie i dopiero po rozpowszechnieniu "Meldunku" tradycyjnego, dlatego nie informowaliśmy o tym szerszego grona zainteresowanych.

Dzięki życzliwej pomocy ze strony Zakładu Statystyki Medycznej PZH od września br. elektroniczne wersje kolejnych "Meldunków" udostępniane będą w Internecie systematycznie, bezpośrednio po przyjęciu i zweryfikowaniu kompletu sprawozdań o zachorowaniach nadesłanych przez Wojewódzkie Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne, czyli wcześniej niż "Meldunki" upowszechniane tradycyjnie.

Poszczególne "Meldunki" (dwutygodniowe, kwartalne, roczny) przygotowano jako odrębne pliki zapisane w języku PostScript Level 1 i skompresowane pzipem. Po skopiowaniu sobie takiego pliku i rozpakowaniu można go bezpośrednio skierować (skopiować) na drukarkę, jeżeli jest ona wyposażona w interpretator PostScriptu, lub obejrzeć i ew. wydrukować przy pomocy odpowiedniego programu (tzw. "przeglądarki").

Udostępniając "Meldunki" poprzez Internet przewidujemy stopniowe zmniejszanie liczby odbiorców otrzymujących te materiały tradycyjnie - w postaci druku rozsyłanego drogą pocztową.

Opinie, uwagi, komentarze na temat "Meldunków", jak również propozycje tekstów do zamieszczenia, można wysłać na adres e-mail: epimeld@medstat.waw.pl.

red.